



Número: **0814575-19.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THIAGO DANTAS MONTEIRO (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
PORTO SEGURO S/A (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53084897	05/02/2020 14:32	Petição	Petição
53084901	05/02/2020 14:32	2617221_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Outros documentos
53084905	05/02/2020 14:32	2617221_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR Anexo 02	Outros documentos

Juntada de impugnação ao laudo pericial.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08145751920198205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **THIAGO DANTAS MONTEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no 5º dedo do pé esquerdo, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190205818 Cidade: Natal Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO Data do acidente: 09/12/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E FERIMENTO EM 4º INTERDIGITAL DO PÉ ESQUERDO. ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no 5º dedo do pé esquerdo em grau médio (50%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no 5º dedo do pé esquerdo, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o parte autora não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 3 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

cosern
neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59005-200
CNPJ 06.324.190/0001-81 | Insc. Est. 20055799-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
GILDENE GOMES DA COSTA
CPF: 034.438.814-08 NIS: 19009739913
CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA GERMINO BENIGNO 322 LOT VALE
DOURADO
NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREA
NATAL RN
59115-585

CONTA/CONTRATO
0851872027
DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 69,28

MÊS/ANO
12/2018
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 09/01/2019

DISCRICÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20541078	6,16
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,38212277	26,84
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	44,0000000	0,52919818	23,29
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,77
Contrib. Irm. Pública Municipal			0,45
ICMS-Parcela Subvencionada			6,15
Multa por atraso-NF 014872796 - 09/11/18			1,30
Juros por atraso-NF 014872796 - 09/11/18			0,36
Atualização IOPM-NF 014872798 - 09/11/18			0,20
TOTAL DA FATURA			69,28

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
217698018	CKT	06-11-2018	742,00	10-12-2018	867,30	31	1.000,00	144,30

HISTÓRICO DE LEITURAS		INFORMAÇÕES DE LEITURAS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo (kWh)	BASE DE Cálculo	%	Valor do Consumo	%
DEZ-18	144	ICMS	18,00	26,00	37,50%
NOV-18	143	PIS	0,40	2,00	2,86%
OUT-18	121	COPASA	0,40	2,00	2,86%
SET-18	146				
AGO-18	138				
JUL-18	173				
JUN-18	112				
Mai-18	35				

Consumo Ativo até 30 kWh: 6,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 26,84
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 23,29

Composição do Consumo:
Geração de Energia: R\$ 26,00 (37,50%)
Transmissão: R\$ 2,00 (2,86%)
Distribuição (Custo): R\$ 14,29 (20,63%)
Perdas de Transmissão: R\$ 3,71 (5,36%)
Encargos Setoriais: R\$ 2,14 (3,09%)
Tributos: R\$ 11,80 (17,03%)
Total: R\$ 69,28 (100%)



08/03/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOS, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0		cosern Grupo Neoenenergia www.cosern.com.br
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis		

DADOS DO CLIENTE ANTONIO ANTONI 40 DE FREITAS CPF: 957.363.744-14	DATA DE VENCIMENTO 30/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 135,88	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 018679928 Série: U	CONTA CONTRATO 000163931010 Nº DO CLIENTE 300028998 Nº DA INSTALAÇÃO 0000895577
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA TROVADOR GUMERCINDO SARAIVA 701 VILAAGE DAS DUNAS PAJUCARA/AREA URBANA 59122-740 NATAL RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		RESERVADO AO FISCO FC31.5F04.EBEF.7327.0964.15CA.BF54.A9C8	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,69585937	135,53
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,99
Multa por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			2,59
Juros por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			1,77
TOTAL DA FATURA			135,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
117,53	18,00	21,15	117,53	0,47	0,55
					2,17
					2,55

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Vencido	DI Receb	Valor
02/01/19	23/01/19	132,85

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anatel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,69585937	JAN 19	194
		DEZ 18	187
		NOV 18	201
		OUT 18	174
		SET 18	158
		AGO 18	160
		JUL 18	128
		JUN 18	231
		MAI 18	97
		ABR 18	177
		MAR 18	146
		FEV 18	166
		JAN 18	153

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	RS	%
Geração de Energia	41,90	25,72
Transmissão	6,15	5,35
Distribuição (Custos)	28,12	24,78
Energias Sotaterte	9,20	5,94
Tributos	24,25	20,83
Perdas de Energia	7,93	6,86
TOTAL	117,53	100

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Rest	Valor
02/01/19	23/01/19	135,85

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento prevista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,69585937	JAN 18	194
		DEZ 18	187
		NOV 18	201
		OUT 18	174
		SET 18	158
		AGO 18	160
		JUL 18	128
		JUN 18	231
		MAI 18	97
		ABR 18	177
		MAR 18	146
		FEV 18	166
		JAN 18	153

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
nov2018					
DIC-No.de horas sem Energia	POTENGI	0,00	5,37	16,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,86	5,00	9,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,01					
Toda Consumidora pode solicitar a apuração das indicações DUC, PUC, OMAC e DICR e quaisquer tarifas.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE STA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000213098719	CAT	22/12/2018	9.051,00	23/01/2019	9.245,00	32	1,00000	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/02/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comércio eletrônico: loja física: Sinoco da Cunha Lima, Pajucara / Francisco Lopes
 tráfego de: av. moema sinoco da cunha lima 2955, pajucara/ista completa em www.cosern.com.br.
 O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagão, em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
 Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
 podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade do ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTR/

00016393

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514320297000000051187269

Número do documento: 20020514320297000000051187269

Num. 53084905 - Pág. 2

08/03/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOS, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0		cosern Grupo Neoenenergia www.cosern.com.br
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis		

DADOS DO CLIENTE ANTONIO ANTONI 40 DE FREITAS CPF: 957.363.744-14	DATA DE VENCIMENTO 30/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 135,88	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 018679928 Série: U	CONTA CONTRATO 000163931010 Nº DO CLIENTE 300028998 Nº DA INSTALAÇÃO 0000895577
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA TROVADOR GUMERCINDO SARAIVA 701 VILA GE DAS DUNAS PAJUCARA/ÁREA URBANA 59122-740 NATAL RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		RESERVADO AO FISCO FC31.5F04.EBEF.7327.0964.15CA.BF54.A9C8	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,69585937	135,53
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,99
Multa por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			2,59
Juros por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			1,77
TOTAL DA FATURA			135,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
117,53	18,00	21,15	117,53	0,47	0,55	117,53	2,17
							2,55

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL, TRIMESTRAL E ANUAL
nov2018			
DIC-No.de horas sem Energia	POTENGI	0,00	5,37 18,15 20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30 6,60 11,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,86 6,00 9,00
DICI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,01			
Toda Consumidora pode solicitar a apuração dos indicadores DICI, FIC, DMC e DICI e qualquer tempo.			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE STA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000213098719	CAT	22/12/2018	9.051,00	23/01/2019	9.245,00	32	1,00000	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/02/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comércio eletrônico: loja física: Rua da Cunha Lima, 150, Baldo, Natal, RN. O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês.

O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade do ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTR

00016393

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514320297000000051187269

Número do documento: 20020514320297000000051187269

Num. 53084905 - Pág. 3

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO NE DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644, 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO DANZAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08 do sinistro de DPVAT cobertura THIAGO DANZAS MONTEIRO da Vitima THIAGO DANZAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

CNH, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal;

Endereço <u>RUA INOVADOR GURURUINO SARAIVA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>PAJUCARA</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.122.740</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99820.4547</u>

NATAL RN, 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Antonio Ne de Freitas

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO NE DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644, 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO DANZAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08 do sinistro de DPVAT cobertura INUVAGORAZ da Vitima THIAGO DANZAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

CNH, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal;

Endereço <u>RUA INOVADOR GURURUCIM SARAIVA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>PAJUCARA</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.122.740</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99820.4547</u>

NATAL RN, 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Antonio ne de Freitas

Assinatura do Declarante

LDRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romualdo Borges Costa,
RG nº 2243768, data de expedição 07/07/2010
Órgão ITEP, portador do CPF nº 069.619.924-63, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
R. PEDRA BRANCA - BAIRRO NOSSA SENHORA DA APARECIDA, nº 149,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FILIPPO DANTAS MONTEIRO, cujo o condutor era
FILIPPO DANTAS MONTEIRO.

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA 1CBX 250 TWISTER
Ano: 2008
Placa: MYW 4343
Chassi: 9C2 MC35008R061863
Data do Acidente: 09.12.2018
Local e Data: NATAL RN

X Romualdo Borges Costa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romualdo Borges Costa,
RG nº 2243768, data de expedição 07/07/2010
Órgão ITEP, portador do CPF nº 069.619.924-63, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. PEDRA BRANCA - BAIRRO NOSSA SENHORA DA APARECIDA, nº 149,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FILIPPO DANTAS MONTEIRO, cujo o condutor era
FILIPPO DANTAS MONTEIRO.

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA 1CBX 250 TWISTER
Ano: 2008
Placa: MYW 4343
Chassi: 9C2 MC35008R061863
Data do Acidente: 09.12.2018
Local e Data: NATAL RN

X Romualdo Borges Costa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS:

Nº

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Thiago Dantas Monteiro
RAÇA COR: - SEXO: () MASC () FEM D. NASC: 22/05/85 IDADE: 35 ESTADO CÍVIL: -
ENDEREÇO: R. Genmínio Benigno 322 CEP: 59050-000
BAIRRO: NSA CIDADE: Natal-RN FONE: 9
NOME DA MÃE: Rita Maria da Silva PROFISSÃO/ESCOLARIDADE: 8109
RG: 019.769.934-08 DATA: 04/12/18 HORA: 11:47

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DOENÇAS DE BASE

() HIPERTENSÃO; () DIABETES; () INSUF. RENAL; () EPILEPSIA; () ALZHEIMER
OUTRAS:

MEDICAMENTOS EM USO:

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

() AAS; () DÍPIRONA; () DICLOFENACO/AINE; OUTROS:

ESTADO GERAL

Aparentemente BEM	()	Consciente/Orientado	()	Inconsciente	()	Agitação	()
REGULAR	()	Aparentemente alcoolizado	()	Hemorragias	()	Traumatismo Craniano	()
GRAVE	()	Respira c/ dificuldade	()	Convulsão	()	Desmaio ou Vômito(s)	()
Politraumatizado	()	Atropelamento	()	Colisão	()	Queda	()

SINAIS VITAIS/EXAMPEFÍSICO

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR
							LEVE MODERADA INTENSA

QUEIXA PRINCIPAL

AZUL

VERDE

AMARELO

VERMELHO

OBSERVAÇÕES:

ENFERMEIRO(A) / COREN

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO

Anexo de neta h. por

EXAME FÍSICO: BEG, neta ok, de joelhos (E), de
N. D. E

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Cere E AP.P
Rx Punc (E) AP.P
Rx de (E) e (D) AP.P.O

DIAGNÓSTICO

Rx Sacro (E) AP.P
Rx Pe (E) AP.P.O

CID-10

MÉDICO/CRM

Dr. Arnaldo Costa Lima
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 1091 - TEO 15371





Hando Médico

Nome: Thiago Bento Monteiro

Idade: 33 anos

Acidente automobilístico no dia 09/12/18 com trauma em pé esquerda, que resultou em fratura exposta de 5ª DP. Foi realizado tratamento adequado e alto hospitalar.

Atualmente refere dor em local e movimento em tornozelo posterior.

193

Alto Médico

Data: 14/03/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM:	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315.6900 / 3315-6901	Rua Cônego Sebastião Leite da Silva, 221 Vila Brasil Fone: (84) 9.8728-1332	Av. Senador João Câmara, 1104 Centro Fone: (84) 9.8639-0438	Av. Sella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Médica, 256 Igapo - Zona Norte Fone: (84) 9.5839-0260





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **64378 /2018**
Admissão: **09/12/2018 14:37:15**



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **105099 - THIAGO DANTAS MONTEIRO** (33 a 8 m 18 d)
Nascimento: 22/03/1985 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: CPF: Pai: Prof: Mãe: RITA MARIA DA SILVA Logradouro: GERMINO BENIGNO, 322 CEP: 59015380 Bairro: VALE DOURADO Cidade: NATAL Telefone: 84 987359445 Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 09/12/2018 14:31:40				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PE ESQUERDO
Hora: 14:40

Paciente sofreu colisão moto x carro, um de capacete que saiu com o impacto, sentiu um perda consciência foi atendido no hospital municipal onde foi imobilizado por uma em PE esquerdo sendo regulado para HWC.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP S/ urticária
- B MU + simétrico S/NA
- C RLA 2T BNF S/ SOBRO
- D EGG 15 pupila isocorica
- E Escoro cor em cateter, pelis e gneolo e gneolo

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome indolor, flácido

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por PAULO ROBERTO DA NOBREGA COSTA. Impresso em 09 de Dezembro de 2018.



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITALS) 3 - ABRAJA VIA AÉREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE AFIRMAR, APOIAR VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVULA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTES), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁICAS, 10MMIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEIXA, 8 - DEIXA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO, 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 P/DEA BR/ASCO), E REINICIE RCP, 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP/DE 2, 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MELHORE, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO 16 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP/DE 2, 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MELHORE, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE
Trauma em pto E, após acidente automobilístico

EXAME FÍSICO
Exame em 4º quadrante

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA
Fratura exata 5º PDE

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****
Rx: Fratura de 5º PDE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
O2 2L/min, 25, EV, 250ml
Limpesa e Alente
Ata hemodinâmica c/ ATB 10
e out. segs.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, o porquê, e data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Palavras aleatórias, mas sem uma conversacional)	3
Sons ininteligíveis (Gemeos sem articular palavras)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Movimentos inespecíficos à dor.	4
Padrão flexo à dor (Desorientação)	3
Padrão extensor à dor (Desorientação)	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS

DISCRIMINADOR	PORTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4 21-30 = 3 31-40 = 2 1-10 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 76-90 = 3 50-75 = 2 1-49 = 1 0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2008)*

65 - 84 - grave (necessidade de intervenção imediata)
25 - 64 - moderado
14 - 24 - leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que tenham com idade superior a 2 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao doente que classifica a consciência de sua dor de acordo com os seguintes objetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Muito Possível
0	1	2	3	4

*Escala de Trauma Revisada (RTS): São índice de sobrevivência para pacientes de trauma ferido. Referência: Adaptado de Champion H.L. Basic W.I. Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 20(5) 624, 1985.





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

cosern neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59005-200
CNPJ 06.324.190/0001-81 | Insc. Est. 20055799-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE:
GILDENE GOMES DA COSTA
CPF: 034.438.814-08 NIS: 19009739913
CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
RUA GERMINO BENIGNO 322 LOT VALE
DOURADO
NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREA
NATAL RN
59115-585

CONTA/CONTRATO: 0851872027
MÊS/ANO: 12/2018
DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2018
DATA DE INSCRIÇÃO: 09/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 69,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20541078	6,16
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,38212277	26,84
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	44,0000000	0,52919818	23,29
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,77
Contrib. Ium. Pública Municipal			0,45
ICMS-Parcela Subvencionada			6,15
Multa por atraso-NF 014872796 - 09/11/18			1,30
Juros por atraso-NF 014872796 - 09/11/18			0,36
Atualização IOPM-NF 014872796 - 09/11/18			0,20
TOTAL DA FATURA			69,28

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
217678018	CKT	06-11-2018	742,00	10-12-2018	867,30	31	1,0000	144,30

HISTÓRICO DE LEITURAS		INFORMAÇÕES DE LEITURAS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Consumo	%
DEZ-18	144	ICMS	18,00	25,97	37,49%
NOV-18	143	PIS	0,40	0,58	0,84%
OUT-18	121	COPASA	0,40	0,58	0,84%
SET-18	146				
AGO-18	138				
JUL-18	173				
JUN-18	112				
Mai-18	35				

Consumo Ativo até 30 kWh: 6,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 26,84
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 23,29

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Geração de Energia	25,97	37,49%
Transmissão	1,35	1,95%
Distribuição (Custo)	14,20	20,50%
Perdas de Transmissão	3,17	4,58%
Encargos Setoriais	2,14	3,09%
Tributos	11,50	16,45%
Total	69,28	100%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO DE FREITAS

1625711 ITP RN

008.347.644-07 24/12/1979

ANTONIO ANTONIO DE
FREITAS
PATIMA FERREIRA DE
FREITAS

02686435172 30/09/2023 27/12/1997

Observações

Antonio de Freitas

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 01/10/2010

LUIS EDUARDO MACEDO PEREIRA
Diretor Geral - Detran/RN 57661051548
RN704302357

PROIBIDO PLASTIFICAR 1682962766

RIO GRANDE DO NORTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11527 // 00453 Nº 014242734316
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	ENTR.C.	EXERCÍCIO
1	00963226789	*****	2018

NOME: **ROMUALDO BORGES COSTA**

CPF/CNPJ: **069.619.924-63** PLACA: **MYW4343**

PLACA ANT./UF: **MYW4343/RN** CHASSI: **9C2MC350082061863**

ESPÉCIE TIPO: **PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/HAS APL. CAV. GASOLINA** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CBX 250 TWISTER	2008	2008

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/249 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
R\$ 0.00	22/10/2018	1º PAGO
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
A 014103 3X	R\$ 31.97	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DECVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: **MC15E-8061863**

NATAL/RN DATA: **22/10/2018**

Sidney Soares de Oliveira
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

RN Nº 014242734316 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	22/10/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	069.619.924-63	MYW4343

RENAM	MARCA / MODELO
00963226789	HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB.	COTAS	Nº CHASSI
2008	9	9C2MC350082061863

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DEIATRN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIÇOS SEGURO (R\$)

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.608/0001-04



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092420/19

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF: 071.769.934-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

THIAGO DANTAS MONTEIRO : 071.769.934-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190205818 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante:

THIAGO DANTAS MONTEIRO, brasileiro (a), estado civil CASADO, profissão AVULSO, residente e domiciliado à Rua GERALDO TEIXEIRA, Nº 322, Bairro N. S. DA APRESENTAÇÃO, Município de NATAL, Estado de (o) RN, CEP 59.115-585, portador (a) do RG nº. 002.375.241, SSP/ RN e CPF nº 071.769.934-08.

Outorgado:

ANTONIO DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MAO DE OBRAS, residente e domiciliado à Rua FORZ GUMERINDO SARAIVA, Nº 201, Bairro PAJUCARA, Município de NATAL, Estado de (o) RN, CEP 59.022-390, portador (a) do RG nº 026.864.35172, SSP/ RN e CPF nº 008.397.669-07.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) THIAGO DANTAS MONTEIRO, ocorrido em 09/12/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

NATAL RN, 27 de DEZEMBRO de 2018

THIAGO DANTAS MONTEIRO

Outorgante
CPF Nº 021.769.934-08

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092420/19

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF: 071.769.934-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

THIAGO DANTAS MONTEIRO : 071.769.934-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

ANTONIONE DE FREITAS

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190205818 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E FERIMENTO EM 4º INTERDIGITAL DO PÉ ESQUERDO. ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190205818

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO DANTAS MONTEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14077843





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190205818

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THIAGO DANTAS MONTEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00585/00586 - carta_04 - INVALIDEZ

00050283



Carta nº 14105806



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 071.769.934-08 Nome completo da vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: THIAGO DANTAS MONTEIRO CPF: 071.769.934-08

Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA GERMÃO BENIGNO Número: 322 Complemento: 184

Bairro: M.S. DA APRESENTAÇÃO Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59.115-585

E-mail: _____ Tel (DDD): (54) 9 8833-6586

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0539 CONTA: 00170955 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 101067

1 - LOCAL E DATA

Local PONTE NEWTON NAVARRO Bairro REDINHA
Cidade/UF NATAL / RN P. Ref. SENTIDO PRAIA DO MEIO
Data 09/12/2018 Hora do acidente 10:45 Hora do registro 11:30 Dia da semana DOMINGO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☒ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi PEC-8876 Cidade RECIFE UF PE
Marca/Mod. FORD / ECOSPORT FSI LT 1.5 Cor PRETA Ano 2018 / 2019
Proprietário LUIS PHELIPPE DE ASSUNÇÃO VALLES N° de Ocupantes 03
Condutor O PROPRIETÁRIO Data de Nasc. 13/09/1988
Endereço RUA JOSE TRATANO AP-4003 N° 95 Fone (21) 9907-6465
Bairro BOA VIAGEM Cidade RECIFE UF RN
CPF N° 359.326.648-27 CNH N° 04029004644 Validade 21/01/2022 Categoria B
Local de Trabalho ATLAS SCHINDLER Fone (81) 99146-9389
End. AV CONDE DA BOA VISTA N° 1536 Bairro BOA VISTA Cidade RECIFE - PE

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYW-4343 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA / CBX 250 TWISTER Cor VERMELHA Ano 2008 / 2008
Proprietário ROMUALDO BORGES COSTA N° de Ocupantes 01
Condutor THIAGO DANTAS MONTEIRO Data de Nasc. 22/03/1985
Endereço RUA GERMINO BENICUIMO N° 322 Fone 98735-9445
Bairro VALE DOURADO Cidade NATAL UF RN
CPF N° 071.769.934-08 CNH N° 05973680321 Validade 07/03/2018 Categoria AB
Local de Trabalho DESEMPREGADO Fone 99958-6003
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação N° do Boletim: 101067 N° da Ocorrência: 198302 Data Registro: 14/12/2018 Hora Registro: 08:27:11 Número/Controle: 906272921552793D



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO
Em que sentido? REDINHA / PRAIA DO MEIO Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA LENTAMENTE DEVIDO AO FLUXO DE VEÍCULOS
QUANDO DE REPENTE FOI SURPREENDIDO POR UM IMPACTO NA SUA TRASEIRA
CAUSADO POR V2.

Assinatura do Condutor do V1 

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO
Em que sentido? REDINHA / PRAIA DO MEIO Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA RETAGUARDA DE V1,
QUANDO DE REPENTE VISUALIZOU V1 PARANDO REPENTINAMENTE NA VIA, NESTE
MOMENTO V2 FREIOU, MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO NA TRASEIRA
DE V1.

Assinatura do Condutor do V2 WILSON DANTAS MONTENHO

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>DECONTINUA</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input checked="" type="checkbox"/> <u>CICLOVIA</u>
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRAIA DO MEIO

ÁRVORE
 VESTÍGIOS
 SEMÁFORO
 PEDESTRE
 BICICLETA OU MOTO
 CARRO DE PEQUENO PORTE
 CAMINHÃO OU ÔNIBUS
 CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO REDINHA

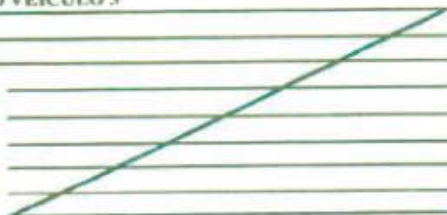
AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARACHOVE TRASEIRO

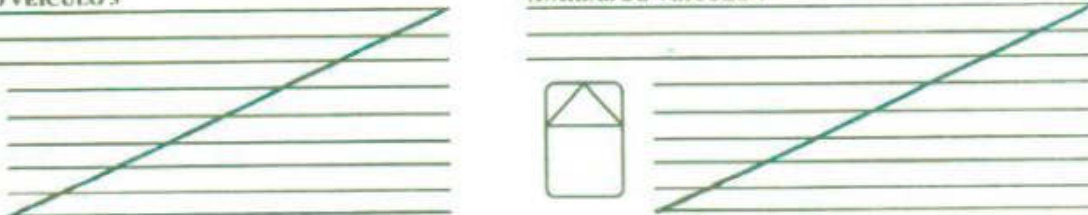
AVARIAS DO VEÍCULO 2

RETROVISOR ESQ. E DIREITO, CARENAGEM DO TANQUE, LADO DIREITO, GUIDÃO, TELESCÓPIO, PAINEL DE VELOCÍMETRO, CANO DE SCAPE (ARRANHADO).
PIALO

AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação N° do Boletim: 101067 N° da Ocorrência: 198302 Data Registro: 14/12/2018 Hora Registro: 08:27:11 Número/Controle: 906272921552793D



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presença: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: THIAGO DANTAS MONTEIRO Data de Nascimento: 22/03/1985
 RG N°: 2375241 Órgão Expedidor: ITEP/RN N°: 332 Fone: 98735-9445
 Endereço: RUA GERMINO BENIGUIMO Cidade: NATAL UF: RN
 Bairro: VALE DOURADO Versão: A MESMA DE V2

Assinatura: _____ Hora: _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presença: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ N°: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presença: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ N°: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presença: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ N°: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RGN°: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____ N°: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT N°: 18451596 COD/DESD: 5045/0

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

V2 FOI ENTREGUE AO SR. RAIMUNDO BORGES COSTA DE CNH: 05787812265
* RAIMUNDO BORGES COSTA, O CONDUTOR DE V2 FOI NOTIFICADO NO ARTIGO 162º
V DO CTB.
AO CHEGAR NO LOCAL DA OCORRÊNCIA OS VEÍCULOS HAVIAM SIDO RETIRADOS
DO LOCAL DE IMPACTO, POR ISTO OS MESMOS NÃO FORAM DESENHADOS NO CROQUI.

Nome Completo do Agente: HENRY EMANUEL ALVES DE MEDEIROS
 POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N°: 2009.0475 Viatura: AG 34 Subunid.: ESD. ÁGUA
 Local e Data: NATAL, 09 de DEZEMBRO de 2018

Assinatura do Agente de Trânsito: _____

Autenticação N° do Boletim: 101067 N° da Ocorrência: 198302 Data Registro: 14/12/2018 Hora Registro: 08:27:11 Número/Controle: 9062729215527930



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 071.769.934-08 Nome completo da vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: THIAGO DANTAS MONTEIRO CPF: 071.769.934-08

Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA GERMÃO BENIGNO Número: 322 Complemento: 184

Bairro: M.S. DA APRESENTAÇÃO Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59.115-585

E-mail: _____ Tel (DDD): (54) 9 8833-6586

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0539 CONTA: 00170955 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

THIAGO DANTAS MONTEIRO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____



CPF: _____

Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



 NATAL <small>A JOIA DO NORDESTE</small>	<p>PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL</p>	 SAMU 192
--	--	---

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **THIAGO DANTAS MONTEIRO**, foi removido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 09/12/2018, aproximadamente às 12h42min, do Hospital Municipal Newton Azevedo para o Hospital Walfredo Gurgel. **Sob nº de ocorrência 234719/1.**

Natal, 27 de dezembro de 2018.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 234719/1

Data: 09/12/2018

CHAMADO

TARM: CRISTIANE RAMOS DA SILVA

Rádio Operador: ELLIO PEIXOTO DOS SANTOS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: US8 15 (UPA PAJUÇARA)

Médico Regulação: CONSTANCE MARIA OTTONI DE OLIVEIRA

Médico Cena: DAYANNA PATRÍCIA DE CARVALHO BARRETO

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: MONSIEUR BRUNO FERREIRA DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOAO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: DR. ARTUR

Telefone: (84) 3216-1690

Nome do Paciente:

(I) TIAGO DANTAS MONTEIRO

Idade: *

33

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☒ Endereço não informado

Referência/Complemento:

Motivo Transferência: INTERNAÇÃO

Unidade de Origem Transferência: HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR NEWTON AZEVEDO

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Observações TARM: PCT ESTA NA ORTOPEDIA // VAGA REGULADA COM DR. ANTONIO DA ORTOPEDIA //

Queixa Primária: REMOÇÃO

Quem Solicitou: Médico

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

09/12/2018 12:47:34 - Dr(a). CONSTANCE MARIA OTTONI DE OLIVEIRA

APH: TRAUMA / HD: FRATURA DE PÉ

REGULAÇÃO: PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE 5º PODODACTILO E. PACIENTE REGULADO PARA O WOLFREDO COM DR. ANTONIO NA ORTOPEDIA.
PA 120X80 FC 80 FR 20 SPO2 97% AA

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: US8

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÍCERO

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
09/12/2018
12:42:31Saída Local:
09/12/2018
14:16:05Regulação Médica:
09/12/2018
12:47:34Chegada Destino:
09/12/2018
14:24:33Solicitação VTR:
09/12/2018
13:59:34
Liberação Destino:
09/12/2018
14:55:28Saída VTR:
09/12/2018
13:59:37
Liberação VTR:
09/12/2018
14:55:31Chegada Local:
09/12/2018
13:59:40



Terça Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

cosern
neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59005-200
CNPJ 06.324.190/0001-81 | Insc. Est. 20055799-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
GILDENE GOMES DA COSTA
CPF: 034.438.814-08 NIS: 19009739913
CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA GERMINO BENIGNO 322 LOT VALE
DOURADO
NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREA
NATAL RN
59115-585

CONTA/CONTRATO
0851872027
DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2018
MÊS/ANO: 12/2018
TAXA A RENDAR (R\$): 69,28

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
016395546	UNICA	10/12/2018
Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
10/12/2018	3000892474	952145

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000.0000	0.20541078	6.16
70.000.0000	0.38212277	26.84
44.000.0000	0.52919818	23.24
		0.77
		0.45
		0.15
		1.30
		0.30
		0.20

TOTAL DA FATURA 69,28

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de Dias	Ajuste	Consumo (kWh)
217698018	CKT	86-11-2018 742,00	10-12-2018 987,30	31	1.0000	144,30

PERCENTUAL DE CUSTO	BASE DE CUSTO	%	VALOR DO CUSTO
DEZ 18 144	ICMS	94,91	137,00
NOV 18 143	PIS	94,91	0,40
OUT 18 121	COPAGE	94,91	2,77
SET 18 146			
AUG 18 138			
JUL 18 173			
JUN 18 112			
MAY 18 35			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
Geração de Energia	20,33	30,00%
Transmissão	1,85	2,60%
Distribuição (Custo)	14,20	20,50%
Perdas de Transmissão	3,17	4,50%
Encargos Setoriais	2,14	3,00%
Tributos	11,80	17,00%
Total	54,81	100%

Consumo Atual de 101 kWh
Consumo Atual superior a 30 até 100 kWh
Consumo Atual superior a 100 até 220 kWh

0.18151480
0.17885500
0.41832980

